

# セカンドオピニオン申込書

私は、セカンドオピニオンの主旨を十分に理解し、下記事項に同意のうえセカンドオピニオンを申し込みます。

- 1 医療訴訟などを目的とした相談ではないこと。
- 2 現在受診中の医療機関に関する苦情ではないこと。
- 3 診療費用に関する相談ではないこと。
- 4 転院、転医を目的とした相談はないこと。
- 5 当院に専門医が不在の疾病に関する相談ではないこと。
- 6 定められた料金を支払うこと。

(30分につき5,500円、1時間まで)

診察券番号				※受診歴のある方のみ	申込日	年	月	日
フリガナ				性別	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
患者氏名				男・女				
住所				TEL				
代理人氏名 (相談者)				患者との続柄				
住所				TEL				
現在の通院 先・入院先	医療機関名							
	担当医師名				Dr	診療科名	科	
	診断名							
	現在の状況	通院中 ・ 入院中 (入院日 年 月 日～ )						
希望する 診療科	内科 循環器科 呼吸器内科 消化器内科 外科 小児科 泌尿器科							
相談目的 および内容	(具体的にご記入ください)							

※患者様ご本人が来院される場合は、代理人の記入は不要です。

※代理人の方がセカンドオピニオン外来へ来られる場合は、別紙委任状もあわせてお出しください。

独立行政法人  
国立病院機構

東徳島医療センター

TEL 088-672-6306 (地域医療連携室)

FAX 088-672-4266